

RECEIVED
2020 MAR 05 PM 5:45
CLERK'S OFFICE
U.S. DISTRICT COURT
SAN JUAN, P.R.

IF YOUR CLAIM IS LISTED HERE, ONE OR MORE OF THE DEBTORS ARE SEEKING
TO DISALLOW YOUR CLAIM BECAUSE THEIR RECORDS SHOW THAT YOUR
CLAIM IS DEFICIENT.

NAME	CLAIM #	DATE FILED	DEBTOR	ASSERTED CLAIM AMOUNT
Carmen M Rivera Figueroa	167292	7/3/2018	Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico	\$0.00
Reason:	Proof of claim purports to assert liabilities associated with the Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico, but fails to provide any basis or supporting documentation for asserting a claim against the Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico, such that the Debtors are unable to determine whether claimant has a valid claim against the Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico or any of the other Title III debtors			

SI SU RECLAMO ESTÁ INCLUIDO AQUÍ, UNO O MÁS DE LOS DEUDORES SOLICITAN QUE SU RECLAMO SEA RECHAZADO, PUESTO QUE LOS DATOS INDICAN QUE SU RECLAMO ES DEFICIENTE.

NOMBRE	N.º DE E RECLAMACIÓN	FECHA DE PRESENTACIÓN	DEUDOR A/B	MONTO DE LA RECLAMACIÓN ALEGADA
Carmen M Rivera Figueroa	167292	7/3/2018	Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico	\$0.00
Base para:	La evidencia de reclamación tiene la intención de formular las responsabilidades asociadas con el Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, pero no proporciona los fundamentos ni la documentación de respaldo para formular una reclamación contra dicho sistema, de manera que los Deudores no pueden determinar si el reclamante tiene una reclamación válida contra el Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico o cualquiera de los otros deudores en virtud del Título III.			

Copies of the Omnibus Objection and all other filings in the Title III Cases are available free online at <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. If you have questions, please contact Prime Clerk LLC at (844) 822-9231 (toll free for U.S. and Puerto Rico) or (646) 486-7944 (for international callers), available 10:00 a.m. to 7:00 p.m. (Atlantic Standard Time) (Spanish available).

Copias de la Objeción global, y todos los escritos radicados en el marco de las causas conforme al Título III, están disponibles, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Prime Clerk LLC llamando al (844) 822-9231 (número gratuito para Estados Unidos y Puerto Rico) o (646) 486-7944 (para llamadas desde el extranjero), disponible entre las 10:00 a.m. y las 07:00 p.m. (AST) (hablamos español).



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Departamento de Corrección y Rehabilitación

17 de enero de 2019

Carmen Rivera Figueroa
HC 04 Box 22021
Juana Díaz, Puerto Rico 00795

El 17 de enero de 2019, fue tramitada a la Administración de los Sistemas de Retiro su Solicitud de:

- Reembolso de Aportaciones
- Servicios NO Cotizados
- Estado de Cuenta
- Solicitud de Pensión por Incapacidad
- Pensión por Edad y Años de Servicio**
- Pensión por Mérito
- Transferencia de Aportaciones
- Solicitud de Beneficio por Muerte
- Solicitud de Anualidad

Para saber el status de su solicitud, debe comunicarse a la Administración de los Sistemas de Retiro al (787) 777-1500.

Atentamente,

Luis O. Rodríguez Vélez
Encargado
División de Beneficios Marginales
Oficina de Recursos Humanos



ASR-DI-018
Rev. Sep. 09



GOBIERNO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE RETIRO
DE LOS EMPLEADOS DEL GOBIERNO Y LA JUDICATURA
P O BOX 42003 SAN JUAN PUERTO RICO 00940-2203

SOLICITUD DE PENSIÓN POR INCAPACIDAD

- Ley 305 Participantes del Programa de Cuenta de Ahorro para el Retiro (Reforma 2000)
 Incapacidad no ocupacional
 Incapacidad ocupacional - Ley 447
 Incapacidad ocupacional - Ley 127

Núm.
Solicitud

Retrato de
2 X 2

Nombre completo (como aparece en la nómina)		Seguro Social	Sexo		
Carmen L. Rivera Figueroa			<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F		
Estado civil		Teléfonos			
<input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input checked="" type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)		787-512-1500	787-951-9417		
Dirección E-Mail	—	Trabajo	787-952-9412		
Dirección		Residencial			
Postal	Residencial				
Puesto que ocupa		Último sueldo mensual	Años de servicio en gobierno		
Oficial Serv. Juveniles F			21 años		
Agencia y pueblo donde trabaja					
Adm. Inst. Juveniles - Ponce Cts Minas					
¿Préstamos con el Sistema de Retiro?		¿Ha cotizado en otro Sistema de Retiro?			
Hipotecario	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No Indique cual		
Viaje cultural	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Recibe otra pensión como beneficiario por alguna ley especial?		
Préstamo personal	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No Indique cual		
Naturaleza del padecimiento que le incapacita					
Incapacidad orgánica - El implante de metal en mano izquierda - ya que soy adicta.					
Indique si ha radicado alguna reclamación en la Corporación del Fondo del Seguro del Estado					
<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Número asignado por la Corporación del Fondo del Seguro del Estado	Número asignado por la Comisión Industrial	Fecha del accidente (mes/día/año)	Hora
Descripción del accidente		Caida en mi casa - habiendome fracturado radio antebrazo izquierdo - Se me implantó puente de metal en mano			
Explique cómo su condición le impide desempeñar sus funciones					
No puedo ejercer mis funciones ya que no recobre capacidad completa en la mano izquierda y la naturaleza de mi trabajo exige capacidad en su totalidad. - Los enajeron incapacidad en toracolumbar y fisiolumbar - Conservación: igual al expediente del cual forma parte.					
Cionados 19 espalda baja y cintura.					

ASR-DI-018
Rev. Sep. 09

INFORMACION SOBRE SU HISTORIAL MEDICO

Proporcione el nombre, dirección y teléfono del médico que está atendiendo su condición actualmente.

Nombre: Dr. Berrios Teléfono: 7-22-832-2555
Especialidad:
Dirección: Calle Degetau # 41 Juana Diaz PR, 00705
Tratamiento: Medicos cabezera

Otros médicos que atienden su condición

Nombre: Dr. Kahim Saleh Vega Teléfono: _____
Dirección: Centro Comercial Uva- la Fe SD.
Tratamiento: Med- interna - Med. cabezera

Nombre: Dr. Rafael Sineris Ortiz Teléfono: 787-84073-33
Dirección: Torre Medi Hosp. San Lucas Ponce
Oficina 507 Ponce PR. 00716
Tratamiento: Operación - para implante de
metal mano izquierda y ortopedia.

Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____
Tratamiento: _____

Indique si ha estado hospitalizado recientemente debido a su condición.

No Sí (Favor de someter copia de récord médico y/o resúmenes de alta.)

Hospital:

1 2 3
Hosp. San Lucas

Dirección:

Avenida Tito Castro Ponce

Indique las fechas DIC 19-2012

Motivo:

Operacion

Tratamiento y

medicamentos: inmovilidad en el brazo

tramadol ultracon 325 mg.

bitocodone N. - Percoset 300 mg.

Indique si se le han realizado pruebas o laboratorios relacionados con su condición.

No Sí Indique cuáles:

1. CBC

3.

2. Placas RX

4.